



Actieplan Netwerk Dementie Groningen 2021-2022

Inhoudsopgave

0. Samenvatting	3
<i>Waarom is dit actieplan belangrijk?</i>	3
1. Inleiding	4
<i>Terugblik</i>	4
<i>Doelen</i>	4
<i>Het netwerk NDG</i>	5
<i>Verantwoordelijkheden in de keten</i>	5
<i>Samenwerking</i>	6
<i>Algemene randvoorwaarden voor succes</i>	6
<i>Leeswijzer</i>	7
2. Vindbaarheid en toegankelijkheid	8
<i>Inleiding</i>	8
<i>Doel</i>	8
<i>Beoogd eindresultaat</i>	8
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	8
<i>Metten van succes</i>	9
<i>Randvoorwaarden voor succes</i>	9
3. Kwaliteit in de keten	10
<i>Doel</i>	10
<i>Beoogd eindresultaat</i>	10
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	10
<i>Metten van succes</i>	11
<i>Randvoorwaarden voor succes</i>	11
4. Professionaliteit van de dienstverlening	12
<i>Doel</i>	12
<i>Beoogd eindresultaat</i>	12
<i>Activiteiten en verantwoordelijken</i>	12
<i>Metten van succes</i>	12
<i>Randvoorwaarden</i>	13
5. Bestuurlijke borging van het netwerk	14
6. Benodigde investeringen	15
7. Wat als we dit allemaal niet doen?	16
8. Ten slotte	17
9. Akkoordverklaring	18

Samenvatting

Voor u ligt het actieplan 2021-2022 van het Netwerk Dementie Groningen (NDG). Het NDG streeft ernaar de dementieketen (lokaal en provinciaal) verder te versterken en te verankeren. Om deze verbinding verder vorm te geven in de regio is dit actieplan opgesteld.

Dit actieplan is gestoeld op vier hoofddoelen. In onderstaand figuur wordt per doel aangegeven wat we willen bereiken en hoe we dat willen doen.

Hoofddoelen 2021-2022	Wat willen we bereiken?	Wat gaan we doen?
Vindbaarheid en toegankelijkheid	Voor iedereen in Groningen is het duidelijk waar je terecht kunt met vragen over dementiezorg. Het is duidelijk voor mensen met dementie en hun naasten, mantelzorgers en beroepskrachten wie, wanneer, welke ondersteuning levert. De dementiezorg die geleverd wordt door verschillende ketenpartners is toegankelijk en eenduidig voor iedereen.	• Informatievoorziening aan betrokkenen verbeteren (website, helpdesk, wegwijzers) • Betrokkenheid en informatievoorziening aan huisartsen verbeteren (beslisbomen, infographics) • Communicatie en samenwerking tussen huisartsen en casemanagers verbeteren
Kwaliteit in de keten	De Zorgstandaard 2020 biedt richtlijnen voor goede dementiezorg. Voor de implementatie van de Zorgstandaard dementie zijn lokale netwerken dementie nodig waar ketenpartners in alle fasen van het zorgtraject samenwerken. Samen bepalen ze de prioriteiten op welke onderdelen de Zorgstandaard (allereerst) te implementeren in de lokale dementiezorg.	• Organiseren trainingen en bijeenkomsten voor gemeenten en andere partners • Scholing en ondersteuning lokale coördinatoren voor de implementatie van de Zorgstandaard • Uitvoeren jaarlijkse monitor over toegankelijkheid • Informatievoorziening aan ketenpartners verbeteren (jaarverslagen, actieplan) • Afspraken maken tussen huisartsen en zorgaanbieders
Professionaliteit van de dienstverlening	Mensen met dementie hebben veel vragen die niet altijd door een huisarts worden beantwoord. Dementiezorg kan niet alleen vanuit een medisch model worden benaderd. De CMD biedt ondersteuning bij vragen op breed maatschappelijk terrein. De dementiezorg moet persoonsgericht en integraal zijn. Huisartsen en specialisten moeten CMD tijdig in gang zetten.	• Positioneren van CMD in de keten • Bepalen op welke onderdelen professionalisering moet plaatsvinden • Kwaliteit van dementiezorg bij specifieke groepen vergroten door scholing
(Bestuurlijke) borging	Het NDG is een netwerk van gemeenten, zorgverleners en zorgaanbieders. Het bereiken van de gewenste doelen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Om de gewenste resultaten te halen is het belangrijk dat de initiatieven die vanuit het NDG in ontwikkeling zijn, zijn verankerd en geborgd op bestuurlijk en lokaal niveau.	• Creëren van draagvlak voor een implementatietraject van de Zorgstandaard onder bestuurders • Versterken van bestuurlijke samenwerking en afstemming op beleid • Verder ontwikkelen en faciliteren van een éénduidige PR en communicatiestrategie

Figuur 1: samenvatting actieplan NDG 2021-2022

Om de activiteiten in dit actieplan goed uit te kunnen voeren is samenwerking met alle ketenpartners essentieel. Daarnaast is bestuurlijk draagvlak en commitment nodig om samen te leren verbeteren en verantwoordelijkheid te dragen voor de ontwikkeling en uitvoering van dit actieplan. Dit moet bijdragen aan een betere vindbaarheid en toegankelijkheid van persoonsgerichte integrale dementiezorg in de provincie Groningen. Dit is nodig om mensen met dementie in de regio goed te kunnen (blijven) ondersteunen.

Waarom is dit actieplan belangrijk?

In de komende jaren is de verwachting dat het aantal mensen met dementie gaat toenemen en dat de dementiezorg en de mantelzorg onder druk zal komen te staan. Goede informatievoorziening en signalering (door de huisarts) en de kennis vergroten van dementie onder de bevolking, zijn dan ook essentieel. Wanneer we dit niet goed inrichten kunnen er schrijnende situaties ontstaan bij thuiswonende mensen met dementie. Ook zullen de maatschappelijke kosten op meerdere terreinen toenemen wanneer diagnostiek, ondersteuning en begeleiding te laat op gang komen.

Om de kwaliteit te verbeteren is het noodzakelijk om te weten waar we moeten investeren qua dementiezorg in de regio. Zo is het investeren in scholing van huisartsen, POH'ers en casemanagers dementie essentieel om de kwaliteit van de zorg te blijven waarborgen. We willen voorkomen dat organisaties zelf opnieuw het wiel gaan uitvinden wat ten kosten gaat van de eenduidigheid. Uiteindelijk willen we alle mensen met dementie in de provincie Groningen adequate zorg verlenen en dit doen we door de Zorgstandaard goed te implementeren.

Inleiding

Voor u ligt het actieplan 2021-2022 van het Netwerk Dementie Groningen (NDG). Dit actieplan is gebaseerd op het Meerjarenplan 2018-2021 en het Jaarplan 2021.

Het NDG streeft ernaar de dementieketen (lokaal en provinciaal) verder te versterken en te verankeren. Dit willen we bereiken door alle betrokken partijen, zoals zorgaanbieders, gemeenten, welzijnsinstellingen, huisartsen en ziekenhuizen, met elkaar te verbinden. Deze verbinding is van belang op meerdere niveaus:

1. dichtbij de mensen met dementie door de betrokken professionals/ medewerkers én
2. op bestuurlijk en beleidsmatig niveau.

Om deze verbinding verder vorm te geven in de regio is dit actieplan opgesteld. De focus van het NDG in 2021 en 2022 is het doorontwikkelen en uitvoeren van bestaande activiteiten. Dit actieplan dient als leidraad voor de regiocoördinator, lokale netwerkcoördinatoren, ketenpartners en bestuur om richting en sturing te geven aan de activiteiten die op het gebied van dementiezorg uitgevoerd worden in de Provincie Groningen.

Dit document is tot stand gekomen met input uit de focusgroepen en ketenpartners en de Zorgstandaard Dementie 2020.

Terugblik

Het NDG bestaat inmiddels zo'n 3 jaar. In die periode hebben we met elkaar een hoop bereikt. De hoogtepunten zijn:

- Bij 7 van de 9 gemeenten zijn lokale coördinatoren dementie en komt er samenwerking tot stand. Er is daarbij geïnvesteerd om bewustwording voor samenwerking in de keten te bevorderen.
- Binnen de lokale netwerken wordt meer verbinding gemaakt door de organisatie van verschillende bijeenkomsten. Er is meer inzicht in elkaars expertise en in de behoefte aan kennisdeling.
- 8 van de 9 gemeenten zijn betrokken bij het inrichten van lokale netwerken en de onderlinge samenhang.
- De samenwerkingsrelaties met Ziekenhuizen en Alzheimer Centrum Groningen zijn geïntensiveerd.
- De monitor die is ontwikkeld (gebaseerd op de landelijke Zorgstandaard 2020) wordt als pilot in 2 gemeenten ingezet als een soort nulmeting. Daarmee wordt de kwaliteit van de dienstverlening inzichtelijk gemaakt. Met de resultaten kunnen we gericht investeren in verbeteringen.
- De website is opgezet en ingericht. Door gebruik van infographics en andere tooling leidt dit tot betere informatievoorziening.
- Tools zijn ontwikkeld voor professionals en bewoners om de noodzaak voor dementiezorg eerder te herkennen.
- De kennis onder burgers is vergroot in samenwerking met Alzheimer Nederland.

Doelen

Dit actieplan is gestoeld op de volgende vier hoofddoelen:

1. Dementiezorg in alle Groninger gemeenten vindbaar, bereikbaar en toegankelijk (*vindbaarheid en toegankelijkheid*)
2. Dementiezorg uitgevoerd vanuit de Zorgstandaard Dementie (2020) (*kwaliteit in de keten*)
3. Kwaliteit van dementiezorg (*professionalisering van dienstverlening*)
4. (Bestuurlijke) borging van het regionale netwerk en lokale netwerken (*borging*)

In dit actieplan wordt per doel toegelicht hoe het NDG hier de komende twee jaar invulling aan gaat geven.

Het netwerk NDG

Het NDG is een netwerk van gemeenten, zorgverleners en zorgaanbieders in de regio. Het bereiken van de gewenste doelen is daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De netwerkcoördinator van NDG faciliteert en coördineert de activiteiten maar commitment en het beschikbaar stellen van mensen en middelen is een verantwoordelijkheid van de ketenpartners. Menzis neemt op dit moment de financiering voor haar rekening. Momenteel zijn er 17 zorgaanbieders die casemanagement dementie leveren in de regio Groningen. Er zijn ruim 100 casemanagers dementie werkzaam bij de verschillende zorgaanbieders.

Om de activiteiten in dit actieplan goed uit te kunnen voeren is samenwerking met alle ketenpartners essentieel. Daarnaast willen we een aantal zaken ophelderen, zoals:

- Hoe gaan de lokale netwerken verder?
- Hoe worden deze (in de toekomst) gefinancierd?
- Hoe worden deze ondersteund?
- Hoe worden scholing en training bekostigd en georganiseerd?
- Hoe borgen we het beleid?

Deze onderwerpen zullen de komende tijd met het bestuur en ketenpartners verder besproken worden.

Verantwoordelijkheden in de keten

Dementiezorg wordt door verschillende partijen in de keten geleverd. Om goede zorg te kunnen leveren moeten deze partijen samenwerken. Door de verschillende vormen van financiering en de onderlinge schotten is dit soms een complexe samenwerking.

Onderstaande afbeelding geeft de verschillende ketenpartners weer.



Figuur 2: Ketenpartners in dementiezorg

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

WMO	De gemeente is verantwoordelijk voor dienstverlening vanuit de WMO (het goed equiperen van WMO-consulenten om dementie te herkennen). Daarnaast hebben gemeenten afspraken gemaakt met de VNG over hoe een dementievriendelijke gemeente te worden (handreiking dementievriendelijke gemeente). Uitgangspunt is
-----	---

	dat zij een lokaal netwerk ondersteunen en mede faciliteren zodat ketenpartners acties uitvoeren om de gemeente dementievriendelijk te maken.
WMO en Zorgverzekeraars (ZV)	- Vanuit de zorgverzekeringswet zijn zorgaanbieders (wijkverpleging), huisartsen (met inkoopmodule kwetsbare ouderen) en vanuit de WMO de gemeenten (algemene voorziening schoonmaak/ mantelzorgondersteuning/dagbesteding) gezamenlijk verantwoordelijk voor ketensamenwerking dementiezorg. De gemeente kan voor commitment en draagvlak zorgen (ouderenbeleid vraagstuk dementie en eenzaamheid) en partijen bij elkaar brengen en de noodzaak van samenhang dementiezorg onderschrijven. - De regiocoördinator van het NDG ondersteunt de lokale coördinatoren bij ontwikkeling en uitvoering van de implementatie van de Zorgstandaard in de lokale netwerken dementie. - Het NDG-bestuur is verantwoordelijk voor bestuurlijk en beleidsmatig draagvlak en commitment.
Zorgverzekeraars	- De huisartsen zijn verantwoordelijk voor diagnostiek en adequate verwijzing en afspraken over regie. De Groninger huisartsen coöperatie ondersteunt huisartsen en Zorgadvies Groningen ondersteunt huisartsen in netwerken ouderenzorg (waaronder ook dementie). - Het NDG heeft een faciliterende rol naar alle ketenpartners om de werkwijze in alle fasen van het zorgtraject zichtbaar te maken en te verbeteren (Zorgstandaard Dementie 2020).
Zorgverzekeraars en DBC	Lokale zorgaanbieders en huisartsen werken samen aan Advanced Care Planning.
WLZ	Warme overdracht van extra- naar intramurale zorg

Alle ketenpartners werken samen met een coördinator van het lokale en regionale netwerk dementie.

Samenwerking

Samenwerking tussen de ketenpartners en elkaar kennen in de keten zijn de sleutel tot succes voor goede dementiezorg. Als de onderlinge schotten tussen organisaties blijven bestaan komt de samenwerking niet goed tot stand. We hebben met elkaar laten zien dat de samenwerking op gang komt in 8 lokale netwerken. Het lokale bestuur heeft een belangrijke rol om deze samenwerking te blijven steunen en bevorderen. Zij zijn verantwoordelijk voor het maken en borgen van afspraken tussen lokale gemeenten, provincies en zorgverzekeraars.

Op bestuurlijk niveau (NDG, GHC, Menzis, Alzheimer Centrum Groningen en Zorgaanbieders) moet een verbeterslag in gang worden gezet. Het is wenselijk om meer eenduidigheid te verkrijgen over de werkwijze bij alle ketenpartners in de niet-pluis fase en diagnostische fase, conform afspraken volgens de Zorgstandaard Dementie. Alleen op deze manier zijn we in staat dementiezorg in de regio te blijven leveren.

Van het bestuur (NDG) wordt verwacht dat zij een actieve rol speelt in het verbinden van de verschillende ketenpartners in de dementiezorg.

Algemene randvoorwaarden voor succes

Bestuurlijk draagvlak en commitment om samen te leren verbeteren en verantwoordelijkheid te dragen voor de ontwikkeling en uitvoering van dit actieplan, dat bijdraagt aan een betere vindbaarheid en toegankelijkheid van persoonsgerichte integrale dementiezorg in de provincie Groningen. Dit is nodig om mensen met dementie en hun naasten in de regio goed te kunnen (blijven) ondersteunen.

Ons doel is dat alle ketenpartners vanuit dezelfde basis opereren met betrekking tot dementiezorg. De uitgangspunten hierbij zijn:

- Meer mensen met dementie langer thuis (wanneer mogelijk) met begeleiding van een casemanager dementie;
- Eenduidigheid in de aanpak van dementiezorg (implementatie van de Zorgstandaard Dementie 2020);
- Beroepskrachten kennen elkaar en weten elkaar te vinden, lokaal en in de regio;
- De formele en informele zorg werkt nauw samen en laat zien wat ze voor elkaar kunnen betekenen (gelijkwaardig samenwerken).

Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken worden achtereenvolgens de volgende onderwerpen toegelicht:

Hoofdstuk 2: verbeteren vindbaarheid en toegankelijkheid (doel 1)

Hoofdstuk 3: verbeteren kwaliteit in de keten (doel 2)

Hoofdstuk 4: professionaliseren van de dienstverlening (doel 3)

Hoofdstuk 5: (bestuurlijke) borging van het regionale netwerk en lokale netwerken (doel 4)

Hoofdstuk 6: benodigde investeringen

Hoofdstuk 7: wat gebeurt er als we dit allemaal niet doen

Hoofdstuk 8: waar staat het netwerk voor en hoe gaan we alle belangen behartigen?

Hoofdstuk 9: akkoordverklaring

Vindbaarheid en toegankelijkheid

In dit hoofdstuk worden de activiteiten die de vindbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van informatie over dementie helpen bevorderen toegelicht.

Inleiding

In de regio Groningen is van een groot deel van thuiswonende mensen met dementie (> 5000) niet bekend of er een vorm van ondersteuning geboden wordt. Hierover bestaan verschillende aannames, maar uit de praktijk blijkt dat mensen met dementie het moeilijk vinden om hulp te vragen. Anderen zijn onvoldoende bekend met mogelijkheden voor ondersteuning (informatie en advies). Omdat ziekte-inzicht bij mensen met beginnende dementie vaak vermindert, ligt er veel druk op de naasten/mantelzorger. Beiden zijn gebaat bij vroegtijdige onderkenning en erkenning van signalen en adequate ondersteuning.

Doel

Door de vindbaarheid en toegankelijkheid van informatie te verbeteren wordt het voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in de regio Groningen duidelijk waar je terecht kunt met vragen over dementiezorg, lokaal en regionaal. Het is duidelijk voor mensen met dementie, mantelzorgers en beroepskrachten wie, wanneer, welke ondersteuning levert. De dementiezorg die geleverd wordt door verschillende ketenpartners is toegankelijk voor iedereen. De dementiezorg is eenduidig, het maakt niet uit in welke gemeente je woont.

Beoogd eindresultaat

(beter) Vindbare informatie zal bijdragen aan:

- Het vergroten van kennis over dementie bij alle betrokkenen;
- Het vroegtijdig signaleren van dementie/het eerder in gang zetten van diagnostiek;
- Het beantwoorden van vragen;
- Het ondersteunen van de mantelzorg;
- Het eerder in gang zetten van ondersteuning door casemanagers voor mensen die thuis wonen met dementie;
- Het hanteren van dezelfde kernboodschap door ketenpartners;
- Het ondersteunen van wij-teams en WMO-consulentten.

Daarnaast is het wenselijk dat in alle gemeenten dezelfde dementiezorg wordt geleverd en gewaarborgd. Ketenpartners leveren dementiezorg op maat en stemmen werkzaamheden af en informeren en consulteren elkaar. Ketenpartners benoemen samen in het lokale netwerk thema's en formuleren ambities die ze omzetten in concrete uit te voeren acties.

Het beoogde resultaat eind 2022 is dat meer dan 35% van de mensen met dementie die thuis wonen begeleid worden door een casemanager dementie (CMD). Nu is dat 29%.

Activiteiten en verantwoordelijken

De volgende activiteiten zullen worden uitgevoerd om de vindbaarheid en toegankelijkheid te verbeteren:

#	Beschrijving activiteit	Wie
Informatievoorziening algemeen		
1	Voor mensen met dementie en allen die in aanraking komen met dementie de informatie over ondersteuning en zorg op maat beschikbaar maken (helpdesk, fysiek/digitaal en schriftelijk)	Alle ketenpartners en lokale netwerkcoördinatoren
2	Meer interactieve website NDG ontwikkelen	NDG
3	Button op websites gemeenten die rechtstreeks doorklikt naar Alzheimer Nederland	Gemeenten en Alzheimer Nederland

#	Beschrijving activiteit	Wie
4	De lokale en regionale wegwijzers vullen met informatie op alle onderdelen van dementiezorg op de website van het NDG	Lokale ketenpartners leveren aan, NDG houdt website up-to-date
5	Implementeren van de handreiking naar huisartsen over instroom en doorstroom van mensen met (een vermoeden van) dementie (cliëntreis)	Lokale coördinatoren met hulp van kwaliteitspersoon NDG, CMD, secretariaat NDG
Informatievoorziening huisartsen		
6	Communicatie en samenwerking tussen huisartsen en casemanagers verbeteren	NDG en lokale coördinatoren van NDG
7	Een beslisboom maken voor huisartsen na aanmelding van een cliënt met vermoeden van dementie (huisartsen zijn goed op de hoogte, concreet, praktisch, en hebben snel overzicht over wie ze in kunnen schakelen voor, tijdens en na diagnose)	Kernteam CMD/NDG

Metten van succes

Bovenstaande activiteiten hebben als doel de vindbaarheid en toegankelijkheid van informatie en dementiezorg te vergroten. Om het succes van de verschillende interventies te monitoren zullen de volgende metingen/evaluaties uitgevoerd worden:

- Meten van website gebruik (na doorvoering van wijzigingen).
- Doorverwijzingen van huisartsen naar CMD monitoren na verbeteren van informatievoorziening aan huisartsen.
- Werking van dementie infolijn/helpdesk evalueren.
- Evaluatie/enquête samenwerking huisartsen en casemanagers en effecten van tools
- Inzichtelijk maken van het aantal Multi Disciplinaire Overleggen MDO's (huisartsen, casemanager, POH, etc.)

Randvoorwaarden voor succes

Om de informatievoorziening goed op te zetten is ondersteuning nodig van een websitespecialist die de huidige website kan verbeteren en interactiever kan maken. Aanvullende teksten zullen worden aangeleverd door de ketenpartners.

Om de informatievoorziening richting de huisartsen te verbeteren is deelname van de huisartsenkoepel essentieel. Het bestuur NDG heeft hier een belangrijke rol in om dit te realiseren.

Het vergroten van doorverwijzingen naar casemanagers dementie vereist dat er voldoende gekwalificeerde casemanagers dementie beschikbaar zijn. Dit moet door zorgverzekeraars en zorgaanbieders geregeld worden.

NB: de zorgverzekeraar heeft een belangrijke rol in het vaststellen waarin geïnvesteerd zal worden. Hier kunnen betere afspraken over gemaakt worden, meer eenduidigheid. Huisartsen en zorgaanbieders zijn ondernemers, maar Menzis kan hierin besluiten nemen en doorvoeren, bijvoorbeeld door meer casemanagers in functie op te leiden. Kwaliteit en scholing van CMD's is een verantwoordelijkheid van de Zorgaanbieder.

Kwaliteit in de keten

In dit hoofdstuk worden de activiteiten die de kwaliteit van zorg in de keten helpen verbeteren toegelicht.

Doel

De Zorgstandaard Dementie biedt richtlijnen voor goede dementiezorg. Voor de implementatie zijn lokale netwerken dementie nodig waar ketenpartners in alle fasen van het zorgtraject samenwerken. Samen bepalen ze de prioriteiten op welke onderdelen de Zorgstandaard (allereerst) te implementeren in de lokale dementiezorg. De zorgstandaard biedt handvatten voor een kwaliteitsverbetering van lokale dementiezorg.

Beoogd eindresultaat

Per jaar stellen de ketenpartners gezamenlijk vast welke onderdelen van de Zorgstandaard worden geïmplementeerd in de lokale netwerken.

Activiteiten en verantwoordelijken

De volgende activiteiten zullen worden uitgevoerd om het gewenste doel te bereiken:

#	Beschrijving activiteit	Wie
Communicatie en samenwerking		
1	Actieve deelname huisartsenkoepel realiseren	Bestuur GHC en Bestuur NDG
2	Informeren ketenpartners (ketenpartnerraad, jaarverslagen, voortgang actieplan)	NDG
3	De 7 coördinatoren van de in ontwikkeling zijnde lokale netwerken dementie organiseren bijeenkomsten waar partners elkaar leren kennen (formeel en informeel) en samenwerkingsafspraken worden gemaakt, thema's worden benoemd, ambities geformuleerd en acties gezamenlijk uitgevoerd. (Eind 2021 werken in alle Groningen gemeenten beroepskrachten en vrijwilligers vanuit verschillende organisaties samen in de keten dementiezorg vanuit een lokaal netwerk dementie) In de twee overige gemeenten is de ontwikkeling van het netwerk in voorbereiding.	NDG / lokale ketenpartners
4	Faciliteren en ondersteunen van ketensamenwerking in lokale netwerken en borgen van een lokale coördinator dementie (met als doel meer efficiëntie, meer eenduidigheid over aanpak en werken aan preventie)	Menzis zorgaanbieders en gemeente
Rollen en verantwoordelijkheden		
5	Er zijn afspraken over regie en zorgcoördinatie tussen huisartsen en zorgaanbieders en de rol van de POH en casemanager dementie m.b.t. diagnostiek, ondersteuning en regie • Er is helderheid over rollen ketenpartners. • Er is bestuurlijk overleg tussen het NDG /Menzis en het GHC over de rol en positie van de huisarts in dementiezorg: wie heeft de lead? • Er is een instrument (beslisboom) beschikbaar die door alle huisartsen gebruikt wordt in de niet pluisfase en diagnostische fase van dementie (in ontwerp) en vooral bedoeld is om CMD in te kunnen zetten • De wensen van mensen met dementie worden gewaarborgd in Advance Care Planning (ACP). Er zijn afspraken tussen huisartsen en zorgaanbieders (casemanagers dementie) over wie advance care planning uitvoert. GHC en zorgaanbieders stemmen dit bestuurlijk af (scholing) • <i>Er bestaan nu verschillende methoden en er zijn geen afspraken wie wat doet en geen navolging op gemaakte afspraken</i>	Menzis GHC Ketenpartners NDG
6	Creëren van meer draagvlak voor een implementatietraject van de Zorgstandaard door bestuurders, beleid en uitvoering tijdens een bijeenkomst van de ketenpartnerraad	Ketenpartners NDG

#	Beschrijving activiteit	Wie
Scholing en training		
7	Organiseren van scholing en ondersteuning lokale coördinatoren voor de implementatie van de Zorgstandaard.	NDG
8	Organiseren trainingen door Alzheimer Nederland voor alle gemeenten om daarmee de kennis over dementie onder de bevolking te vergroten.	Gemeente ism lokale netwerken dementie en Alzheimer Nederland
9	Overzicht maken van welke zorgaanbieders casemanagement dementie leveren (doel is het voorkomen dat er een prikkel ontstaat om te snel door te verwijzen naar een 2 ^e lijns organisatie, bv Team 290)	CMD /secretariaat NDG
Monitoring en evaluatie		
10	Een jaarlijkse monitor op proces, structuur en uitkomsten van lokale dementiezorg geeft informatie over hoe er in de keten lokaal wordt samengewerkt en hoe mensen met dementie en hun naaste de zorg ervaren. Met de uitkomsten van een jaarlijkse monitor dementiezorg die overigens ook als een nulmeting kan fungeren, kunnen ketenpartners samen leren de dementiezorg lokaal te verbeteren. (Met Zorgstandaard als leidend kader)	De ketenpartners leveren input voor de monitor. De coördinator organiseert en coördineert. Het CMO stamm en lokale netwerk coördinatoren voeren monitor uit

Metten van succes

- Door het uitvoeren van een monitor wordt zichtbaar hoe er wordt samengewerkt in de keten dementiezorg in gemeenten en het geeft inzicht in de kwaliteit van de ondersteuning aan mensen met dementie en hun naasten. Mensen met dementie en/of hun naasten worden bevraagd op tevredenheid. Deze monitor wordt uitgevoerd door CMO stamm, de lokale coördinator dementie en de regiocoördinator NDG.
- Een jaarlijkse rapportage over de stand van zaken van de ontwikkeling en samenwerking in het lokale netwerk dementie. Deze rapportage wordt 1 keer per jaar gepresenteerd in de ketenpartnerraad door lokale netwerken.
- Inzicht in het aantal afgenomen trainingen door gemeenten van Alzheimer Nederland.
- Inzichtelijk maken van het aantal lokale netwerkbijeenkomsten dat is georganiseerd en de resultaten.
- Inzichtelijk maken van het aantal lokale netwerken en de werking daarvan.
- Inzichtelijk maken van aantal lokale netwerkcoördinatoren en de effectiviteit.
- Evalueren betrokkenheid huisartsenkoepel in bestuur en dagelijkse uitvoering.

Randvoorwaarden voor succes

Er zijn financiële middelen nodig voor de (door)ontwikkeling en uitvoering van de monitor (Menzis). Daarnaast is verdere investering in lokale netwerken dementie met lokale coördinatoren nodig (Menzis, Zorgaanbieders, gemeenten).

Ook is er financiering nodig vanuit Menzis om dementiezorg in de regio uit te voeren. En is er financiering nodig vanuit de WMO-begeleiding, ondersteuning van de mantelzorg en het leveren van respijtzorg.

Het is noodzakelijk dat de organisatorische en financiële kaders worden ontschot. Er zijn nu te veel belangen. We willen de slagkracht van de mensen in het veld optimaliseren en zorgen dat ze vertrouwen krijgen in elkaars expertise en kwaliteit (niet iedereen hoeft aan tafel te zitten).

Als laatste is de wens groot dat we het gezamenlijk beleidsmatig voor elkaar krijgen en niet blijven steken in de praktische haalbaarheid. Het is nodig dat er bestuurlijke afspraken worden gemaakt over eenduidige dementiezorg en implementatie van de zorgstandaard 2021.

Professionaliteit van de dienstverlening

In dit hoofdstuk worden de activiteiten die de professionaliteit van de dienstverlening helpen bevorderen toegelicht.

Doel

Zorgen dat mensen met dementie die thuis wonen, en hun naasten, tijdig ondersteuning krijgen van een casemanager dementie.

Waarom is casemanagement dementie zo belangrijk?

Mensen met dementie hebben meestal veel vragen. Vragen die niet altijd door een huisarts worden beantwoord. Dementiezorg kan niet alleen vanuit een medisch model worden benaderd. De casemanager dementie biedt ondersteuning bij vragen op breed maatschappelijk terrein. De dementiezorg moet persoonsgericht en integraal zijn.

Huisartsen en specialisten moeten tijdig casemanagement dementie in gang zetten.

Beoogd eindresultaat

- Huisartsen en specialisten schakelen altijd, wanneer nodig, voor-, tijdens of na een diagnostisch traject een casemanager dementie in.
- Er zijn voldoende wijkverpleegkundigen beschikbaar met de functie dementie.
- Meer aandacht voor het mogelijk opschalen en afschalen van zorg (1^e en 2^e lijn) bij ketenpartners.
- Aanbieders maken (bij)scholing van casemanagers dementie mogelijk.
- Deelname van alle casemanagers dementie aan Multidisciplinaire Teams Dementie.
- Casemanagers werken regionaal samen aan de professionalisering van het casemanagement dementie, bijvoorbeeld door het ontwikkelen en implementeren van nieuwe tools.
- Er zijn veel wisselingen in het personeel van CMD-ers. Hoe borgen organisaties de continuïteit?

Activiteiten en verantwoordelijken

De volgende activiteiten zullen worden uitgevoerd om het gewenste doel te bereiken:

#	Beschrijving activiteit	Wie
1	Bepalen op welke onderdelen professionalisering moet plaatsvinden (in de samenwerking tussen, casemanagers, huisartsen en specialisten dementie)	NDG ketenpartners,
2	Positioneren van CMD in de keten	NDG Zorgaanbieders
3	Kwaliteit van dementiezorg bij specifieke groepen vergroten door scholing (migranten, jonge mensen met dementie, mensen met een beperking)	Zorgaanbieders, GHC, Alzheimer Nederland
4	Gezamenlijk vaststellen gewenste kwaliteit van CMD's (wijkverpleegkundige in rol CMD of in functie CMD)	Lokale netwerken, zorgaanbieders en zorgverzekeraar

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor deze activiteiten.

Metten van succes

- Door jaarlijkse registratie wordt zichtbaar of er een toename is van het aantal personen met dementie en hun naaste die ondersteuning krijgen van een CMD
- NDG verwerkt gegevens en maakt het verschil zichtbaar door rapportages (per jaar)

Randvoorwaarden

- Er moeten voldoende CMD's beschikbaar zijn en er moet geïnvesteerd worden in het opleiden van casemanagers dementie
- Verbinden van wetenschappelijk onderzoek en de praktijk van dementiezorg (Alzheimercentrum Groningen)
- Afspraken op bestuurlijk niveau tussen specialisten en huisartsen (0^e, 1^e en 2^e lijn)

Bestuurlijke borging van het netwerk

In dit hoofdstuk worden de activiteiten die de bestuurlijke borging van het netwerk helpen bevorderen toegelicht.

Doel

Het NDG is een netwerk van gemeenten, zorgverleners en zorgaanbieders in de regio. Het bereiken van de gewenste doelen is daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De netwerkcoördinator van NDG faciliteert en coördineert de activiteiten maar commitment en het beschikbaar stellen van mensen en middelen is een verantwoordelijkheid van de ketenpartners.

Om de gewenste resultaten uit het netwerk te halen is het belangrijk dat de initiatieven die vanuit het NDG in ontwikkeling zijn, zijn verankerd en geborgd op bestuurlijk en lokaal niveau.

Beoogd resultaat

Alle ketenpartners in het regionale netwerk dementie Groningen verbinden zich aan een verdere ontwikkeling en uitvoering van het actieplan 2022.

Activiteiten en verantwoordelijken

#	Beschrijving activiteit	Wie
1	Periodiek organiseren van bestuurlijke overleggen waar verschillende inhoudelijke en bestuurlijk thema's besproken zullen worden	Regiocoördinator NDG en NDG Bestuur
1	Verder bouwen van lokale netwerken dementie door het versterken van relaties en het verbinden ketenpartners op de persoonsgerichte integrale zorg. En door het uitwerken van gezamenlijk geformuleerde ambities van in concrete actie in lokale en regionale focusgroepen	NDG ketenpartners, zorgaanbieders, gemeenten.
2	Versterken van bestuurlijke samenwerking en afstemming op beleid en uitvoering van acties op gebied van dementiezorg met externe relaties / andere netwerken (Alzheimercentrum Groningen, GHC, palliatief netwerk, netwerken eenzaamheid)	NDG bestuur en regio coördinator
3	Delen van kennis en initiatieven door ketenpartners in de ketenpartnerraad 2 keer per jaar	NDG Bestuur
4	Verder ontwikkelen en faciliteren van een éénduidige PR en communicatiestrategie door lokale netwerken dementie	Regiocoördinator NDG en lokale netwerk coördinatoren dementie

Metten van succes

- Evaluatie en monitoren van acties in kwartaalrapportages en jaarverslagen
- Evaluatie acties in ketenpartnerraad 2x per jaar

Randvoorwaarden

- Vaststellen actieplan door ketenpartners NDG
- Financiering voor bepaalde tijd
- Bestuurlijke afstemming Menzis en NDG

Benodigde investeringen

In dit hoofdstuk worden de benodigde investeringen voor de acties benoemd in dit actieplan uiteengezet.

Website	€ 10.000
Pr en Communicatie	€ 5.000
Secretariële ondersteuning	€ 15.000
Uitvoeren monitor Zorgstandaard dementie	€ 15.000
Aanstellen Regionale netwerkcoördinator	€ 90.000
Lokale samenwerking ketenpartners dementie door opzetten van 9 lokale netwerken en ondersteuning van een coördinator in 9 gemeenten à 4 uur per week	€ 135.000
Ondersteuning kwaliteit en professionalisering	€ 15.000
Ondersteunen focusgroepen regionaal en lokaal	€ 1.000
MDDT en Intervisie	€ 15.000
Vergaderkosten en bijeenkomsten	€ 4.000
Lidmaatschap DNN	€ 500
Onvoorzien	€ 10.000
Totaal	€ 315.500

Wat als we dit allemaal niet doen?

In de komende jaren is de verwachting dat het aantal mensen met dementie gaat toenemen (bron: Alzheimer Nederland) en dat de dementiezorg en de mantelzorg onder druk zal komen te staan. Goede informatievoorziening en signalering (door de huisarts) en de kennis vergroten van dementie onder de bevolking, zijn dan ook essentieel. Wanneer we dit niet goed inrichten zien we de volgende risico's:

- Wanneer er geen vroegtijdig herkenning en erkenning is van dementie en er niet in een vroeg stadium ondersteuning wordt geboden zullen er schrijnende situaties ontstaan bij thuiswonende mensen met dementie (o.a. kunnen er onveilige situaties, eenzaamheid of ondervoeding ontstaan).
- Wanneer mensen de informatie over dementiezorg niet makkelijk kunnen vinden of iemand laagdrempelig kunnen consulteren kan de ondersteuning die nodig is te lang op zich laten wachten. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot gezondheidsschade bij mensen met dementie en bij mantelzorgers.
- Wanneer mensen niet in het hele zorgtraject van dementie ondersteuning krijgen en plotseling moeten worden opgenomen in een ziekenhuis kan dit tot veel rouw en verlies leiden.
- De maatschappelijke kosten op meerdere terreinen zullen toenemen wanneer diagnostiek, ondersteuning en begeleiding bij personen met dementie te laat op gang komt. Niet alleen voor de personen met dementie, maar ook voor de mantelzorger (ziekte door overbelasting, geen werk en toekomstperspectief, sociale armoede).
- Wanneer er te veel beroepskrachten bij een persoon met dementie en mantelzorger over de vloer komen en de zorg onvoldoende wordt afgestemd krijgen mensen verschillende boodschappen waardoor ze nog meer in de war raken met als gevolg dat ze de zorg gaan mijden.
- Wanneer we niet investeren in scholing van huisartsen, POH'ers en casemanagers dementie kan de kwaliteit van zorg onvoldoende gewaarborgd worden.
- Wanneer we niet samenwerken in de keten dementiezorg is het niet mogelijk om de Zorgstandaard dementiezorg goed te implementeren.
- Wanneer alle betrokken organisaties steeds weer opnieuw zelf het wiel gaan uitvinden gaat dit ten koste van adequate en eenduidige zorg (waardoor de kosten alleen maar oplopen)
- Wanneer er onvoldoende CMD's werkzaam zijn zal de caseload toenemen en komt de kwaliteit van de zorg onder druk te staan

Ten slotte

Het NDG streeft de volgende doelen na:

- Het bevorderen van de continuïteit en kwaliteit van leven voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten/mantelzorgers.
- Het integraal en samenwerken en organiseren van dementiegericht aanbod en kennisdeling, met de netwerkpartners vanuit de diverse domeinen (zorg, welzijn en medisch) in onze regio.
- Het organiseren van een divers, transparant en toegankelijk aanbod van ondersteuning en zorg.
- Het bevorderen van de deskundigheid en kennisdeling van alle betrokken ondersteuners in de (extramurale) dementiezorg.
- Waar wenselijk aansluiten op landelijke en regionale ontwikkelingen betreffende het thema dementie.

Elke ketenpartner heeft haar eigen belangen om deel te nemen aan het netwerk. Deze belangen zijn niet altijd even scherp nog expliciet gemaakt. Om de samenwerking te bevorderen willen we daarom met alle ketenpartners om tafel om een gezamenlijk vertrekpunt te verkrijgen. Vragen die in deze gezamenlijke sessie aan bod zullen komen zijn:

- Waarom zit jouw organisatie in het dementienetwerk?
- Waarom zit je persoonlijk als vertegenwoordiger in het dementienetwerk?
- Wat is voor jouw organisatie echt belangrijk in de samenwerking?
- Wat is voor jou het nadeel wanneer je niet samenwerkt in een dementienetwerk?
- Wat is het ergste wat jouw organisatie kan overkomen in de samenwerking? Wanneer gaat het mis?

Door de verschillende belangen expliciet te maken hopen we de onderlinge samenwerking te bevorderen en betere zorg te kunnen bieden aan mensen met dementie in de provincie Groningen.

Akkoordverklaring

Dit actieplan is goedgekeurd door:

- Bestuur van het NDG, namens ...
- Politiek bestuur lokale gemeenten, namens ...
- Besturen van Groninger zorgaanbieders dementiezorg
- Bestuur Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC)
- Bestuur Zorgadvies Groningen
- Menzis
- Bestuur Alzheimer Centrum Groningen

Datum

Ondertekening